INRESA

L'innovation
de première intention

Le pansement vert

Capture et élimine les germes de la plaie
sans agent chimique

sorbact®
le pansement vert

Une approche innovante
dans le traitement antimicrobien de la plaie

Sorbact® est un pansement antimicrobien dépourvu de principe actif.
Il capte les bactéries et champignons pathogènes des plaies colonisées et infectées par un mécanisme physique d'adsorption : l'**hydrophobicité**.

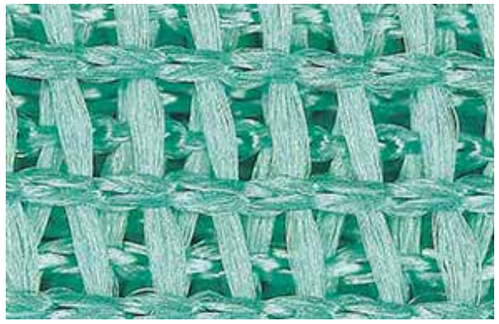
Les pansements **Sorbact®** sont imprégnés d'un dérivé d'acide gras hydrophobe : le **chlorure de dialkyl carbamoyle (DACC).** C'est cet ester d'acide gras qui leur confère les propriétés hydrophobes.

Sorbact® élimine les germes de la plaie sans agent chimique

La plupart des bactéries et champignons pathogènes tels les Staphylocoques dorés, MRSA, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Candida albicans, expriment à leur surface une hydrophobicité.

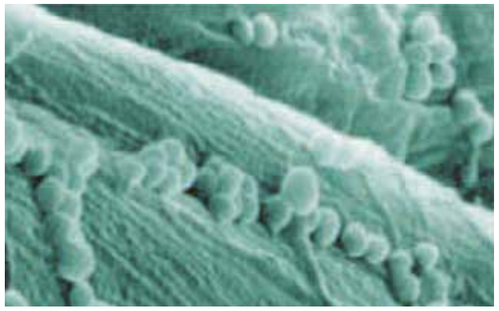
Une fois les germes fixés sur le pansement, ils sont inactivés et ne produisent plus de toxines qui retardent la cicatrisation. Ils sont éliminés lors de son changement.

Sorbact® avant contact avec une plaie :



Le revêtement de Sorbact® avec du chlorure de dialkylcarbamoyle (DACC) confère au pansement ses propriétés hydrophobes.

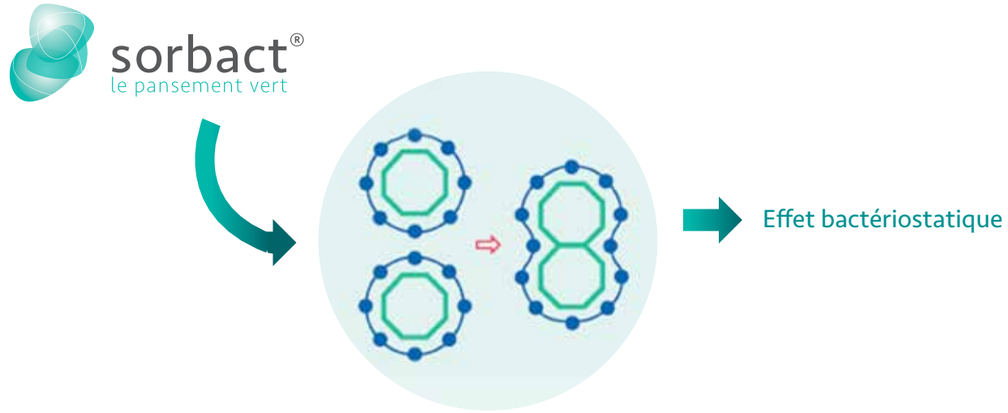
Sorbact® après contact avec une plaie :



Staphylococcus aureus lié aux fibres de Sorbact®
(grossissement x 3 000).

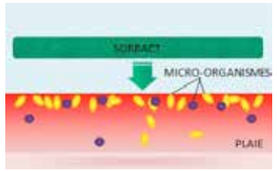
Le principe de l'hydrophobicité

Dans un environnement aqueux,
les particules hydrophobes se lient entre elles :
c'est le principe de l'hydrophobicité.



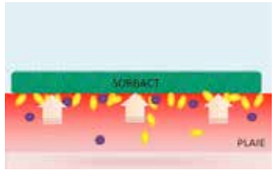
Ainsi, lorsque le pansement **Sorbact®** entre en contact avec les germes pathogènes d'une plaie, ceux-ci se fixent au pansement de manière irréversible.

APPLICATION DE SORBACT



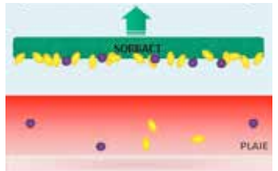
Poser Sorbact® au contact du lit de la plaie.

INTERACTION HYDROPHOBE



Sorbact® capte les germes dans la plaie par hydrophobicité.

RETRAIT DE SORBACT + MICRO-ORGANISMES



Au retrait, les germes restent fixés au pansement. Sorbact® réduit la charge bactérienne et favorise le processus naturel de cicatrisation.

Liste des germes se liant au Sorbact®:

- Bacteroides fragilis
- Candida albicans
- Citrobacter freundii
- Clostridium perfringens - Enterobacter cloacae
- Enterococcus faecalis
- Escherichia coli
- Klebsiella (K. pneumoniae, K. oxytoca) - Morganella morganii
- Peptococcus magnus
- Proteus mirabilis
- Pseudomonas aeruginosa
- Staphylococcae (S. aureus, S. epidermidis, S. haemolyticus) MRSA
- Streptococcae (Group A, Group D and viridans)
(Ljungh A. et coll, 2006 ; Gentili V. et coll, 2012)

Cas clinique 1
Moignon d'amputation

Descriptif : Patient diabétique, AOMI, revascularisé.
Plaie depuis 8 jours sous pansement à l'argent.

Jour 1
- Plaie difficile à mécher
- Sous antibiothérapie (ATB) per os

Jour 5
- Incision, évacuation d'un abcès
- Irrigation à la Bétadine, rinçage au sérum physiologique.

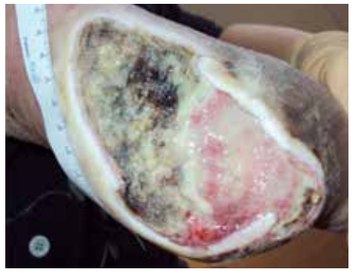
Jour 12
- **Sorbact® Mèche** sur 3,5 cm de profondeur, largeur = 2 cm

Jour 73
- Contact osseux à la pince
- Cicatrisation en 3 mois

Andrée-Alice ALLAIN CPC 2012
Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire - CHU Rennes

Cas clinique 2
Plaie du pied diabétique

Descriptif : Patient diabétique, plaie talonnière nécrotique et fibrineuse.
Plaie mesurant 9 x 9 cm.



Jour 1
- Lavage, détersion
- Application de **Sorbact® hydrogel** et de **Sorbact® compresse** recouverts avec un film transparent
- Changement du pansement tous les jours

Jour 15
- Application de **Sorbact® absorbant**

Jour 36
- La plaie mesure 8,5 x 5,5 cm
- Application de **Sorbact® compresse** et **Sorbact® absorbant**

Jour 63
- La plaie mesure 8 x 4,5 cm
- Processus d'épidermisation par les berges
- Application de **Sorbact® absorbant**

Rachel VELTZ Infirmière Stomathérapeute
Formatrice en "plaie et cicatrisation" et en "stomathérapie" - HAD AURAL Strasbourg

Cas clinique 1

Ulcère de jambe

Descriptif : Ulcères veineux depuis 26 mois. Echec thérapeutique avec pansements alginates, silicones, argent et absorbants. Compression par bas insuffisante. Ulcère malodorant, fibrineux, tendon à nu, nécrose résiduelle, œdème érythémateux périlésionnel.

Jour 1

- Détersion mécanique, lavage antiseptique et application de **Sorbact® absorbant**
- Changement quotidien, bandage compressif

Jour 5

- Changement quotidien
- Réduction de la fibrine et de la nécrose à J2 et J3
- Disparition de la nécrose et début de granulation à J4

Jour 15

- Granulation, disparition de l'infection
- Apte à la greffe

Jour 20

- Etat de la greffe au 4ème jour

Bernd von Hallern
Elbe Kliniken D-21682 Stade

Cas clinique 2

Ulcère de jambe

Descriptif : Ulcères veineux des membres inférieurs sous Hydrea®. Hypertension artérielle, œdème aigu du poumon. Altération de l'état général.

Jour 1

- Application de **Sorbact® absorbant**
- Changement quotidien du pansement

Jour 8

- Réduction de la fibrine et de l'exsudat

Jour 22

- Apparition de zones de granulation

3 mois

- Très nette amélioration
- En voie de cicatrisation

Bernd von Hallern
Elbe Kliniken D-21682 Stade

Cas clinique 1

Escarre sacrée

Descriptif : Patient diabétique hospitalisé pour altération de l'état général. Importante escarre sacrée profonde avec absence d'ostéite objectivée par IRM.

Jour 1 (première étape)

- Traitement par Urgosorb® pendant 15 jours, sans amélioration
- Changement de traitement pour **Sorbact®**

Jour 1 (deuxième étape)

- Utilisation de **Sorbact® compresse** dans les décollements ainsi que dans le lit de la plaie
- Utilisation de **Sorbact® absorbant** 10 x 20 cm pour recouvrir la plaie

Jour 15

- Diminution de la plaie de plus de moitié
- Disparition des décollements

Hôpital Saint-Joseph – Saint-Luc
Lyon

Cas clinique 2

Escarre du genou

Descriptif : Après 15 mois de fauteuil roulant, suite au contact et aux frottements entre les genoux, escarre infectée du genou gauche. Echec thérapeutique après 1 an de traitement par argent, miel et gels.

Jour 1

- La plaie mesure 5 x 4,5 x 0,5 cm
- Antibiothérapie car la patiente présente de nombreuses plaies
- Traitement par **Sorbact® absorbant**

Jour 4

- Très nette amélioration visible
- Réduction des exsudats de 60%
- Tissu de granulation visible

Jour 11

- Les exsudats ne représentent plus que 20% de la plaie, dans la partie profonde
- Utilisation de **Sorbact® mèche** dans la partie profonde et de **Sorbact® absorbant** pour recouvrir la plaie

Jour 19

- Tissu de granulation bien rouge
- La plaie mesure 4,5 x 3,5 x 0,3 cm

Paulien Jager
Pays-Bas

Cas clinique 1

Abord thoracique

Descriptif : Infection locale, antibiothérapie per os, pansement à l'argent. Absence de fermeture depuis 1 mois ½. Facteurs de risques traités.

Jour 1 (premère étape)

- Pertuis de 4 cm, décollement cutané important

Jour 1 (deuxième étape)

- Irrigation au sérum physiologique
- Détersion mécanique
- Méchage avec **Sorbact®**

Jour 15

- Comblement total en 15 jours

Jour 21

- Plaie quasi fermée en 3 semaines

Andrée-Alice ALLAIN CPC 2012
Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire - CHU Rennes

Cas clinique 2

Kyste sacro-coccygien

Descriptif : Présence d'un œdème récurrent du sillon interfessier. A la pression, du pus sortait de la plaie. Le traitement local n'a donné aucun résultat.

Jour 1

- Nécrose superficielle au sommet de la plaie due à l'électrocoagulation
- Nettoyage de la plaie puis remplissage avec **Sorbact® mèche**

Jour 7

- La plaie n'est plus infectée
- Présence de tissu de granulation

Jour 25

- Plaie fermée à 50%
- Changement des pansements tous les 2-3 jours jusqu'à cicatrisation complète

Jour 91

- La plaie est totalement cicatrisée

B. v. Hallern, M.-R. Doerk, A. v.d.Weth
Medizin & Praxis, 2004

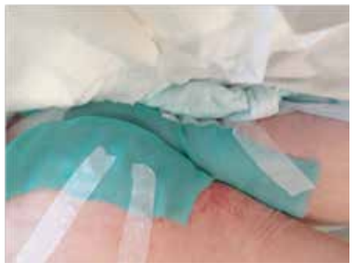
Cas clinique 1

Infection fongique des plis

Descriptif : 6 semaines d'infection à C. difficile. Après 2 semaines d'application de crème antifongique : échec thérapeutique, la mycose persiste.

Jour 1 (premère étape)

- Mycose extensive de l'ombilic au scrotum et intérieur des cuisses.



Jour 1 (deuxième étape)

- Application **Sorbact®** mèches

Jour 2

- Après 24H, réduction de la douleur et de l'inflammation

Jour 21

- Le traitement par **Sorbact®** est poursuivi au-delà de 21 jours

Caroline Utzon Schøtt Infirmière experte soins des plaies
CPC 2014 Glostrup Hospital DK

Cas clinique 2

Infection fongique du pied

Descriptif : Patient diabétique. Infection fongique interdigitale de 6 mois, traitée par des antifongiques type econazole, sans succès.

Jour 1

- Mycose interdigitale persistante
- Application de **Sorbact® mèche** en intertrigo

Jour 33

- Etat de la mycose après 1 mois de traitement par **Sorbact®**
- Nette amélioration

Jour 33 (suite)

- Poursuite du traitement par **Sorbact® mèche** jusqu'à guérison complète.

Hospices Civils de Lyon

La gamme

Type	Dénomination	Taille	Code ACL	U / Boîte
	Sorbact® Compresse • Tissu acétate imprégné de DACC. • Pansement primaire pour plaies superficielles ou profondes.	4x6 cm	3401097100166	40
		7x9 cm	3401097100227	40
	Sorbact® Pansement absorbant • Deux couches d'acétate imprégnées de DACC avec couche de gaze et de viscose polyester absorbante. • Pansement primaire pour plaies superficielles ou profondes exsudatives.	7x9 cm	3401097100395	20
		10x10 cm	3401521086646	10
		10x20 cm	3401097100517	10
	Sorbact® Mèche • Coton imprégné de DACC. • Pansement primaire pour plaies superficielles, profondes ou cavitaires.	2x50 cm	3401097100746	20
		5x200 cm	3401097100807	10
		10x200 cm	3401097100975	10
	Sorbact® Pansement Hydrogel • Tissu acétate imprégné de DACC avec hydrogel. • Pour plaies sèches, fibrineuses à faiblement exsudatives.	7,5x7,5 cm	3401097101866	10
		7,5x15 cm	3401097101927	10
	Sorbact® Pansement Chirurgical • Tissu acétate imprégné de DACC avec couche absorbante non tissée et film transparent semi perméable adhésif. • Pansement primaire pour plaies traumatiques et post-opératoires.	5x7,2 cm	3401097101057	100
		8x10 cm	3401097101118	20
		8x15 cm	3401097101286	20
		10x20 cm	3401097101347	20
		10x25 cm	3401097101408	20
		10x30 cm	3401097101576	20
		10x35 cm	3401097101637	20
	Sorbact® Coussinet • Tissu acétate imprégné de DACC. • Pour le nettoyage des plaies (fixation des bactéries après contact de 15 secondes) et pour les plaies cavitaires.	Ø 3 cm	3401097100685	5x14

Les formes remboursées

Dénomination	Taille	Code ACL	Code LPP	Qté
Sorbact® Pansement Absorbant	10x10 cm	3401521086646	1319063	10
	10x20 cm	3401097100517	1301347	10
Sorbact® Pansement Hydrogel	7,5x7,5 cm	3401097101866	1311624	10

Sorbact® pansement absorbant 10x10 cm

Sorbact® pansement absorbant 10x20 cm

Sorbact® pansement hydrogel 7,5x7,5 cm

Protocole d'utilisation

Sorbact® Hydrogel

Indications

Plaie sèche ou nécrotique, fibrine adhérente.

Mode d'emploi

1. Uniformiser le gel du sachet avant ouverture.
2. Déposer **Sorbact® hydrogel** sur la plaie.
3. Fermer avec un film de polyuréthane afin de maintenir en milieu humide.
4. Renouveler impérativement le pansement tous les jours jusqu'à détersion complète.
5. Prendre le relais avec la forme de **Sorbact®** adaptée à l'état et à l'évolution de la plaie.
6. Ne pas associer de corps gras.

Attention :

Ne pas mettre de compresse sèche !

Celle-ci absorberait le gel et rendrait la détersion inefficace.
Si nécessaire, poser au-dessus de **Sorbact® hydrogel** une compresse **humide** (eau ou sérum physiologique) en tant que pansement secondaire, et fermer le pansement.

Pour toute question n'hésitez pas à contacter votre interlocuteur Inresa.

A chaque plaie

Son Sorbact®

Type de plaie		Compresse	Absorbant	Mèche	Hydrogel	Chirurgical	Coussinet
Superficielle		OK	OK	NON	OK	OK	OK
Profonde		OK	NON	OK	OK	NON	OK
Nécrotique/sèche		NON	NON	NON	OK	NON	NON
Fibrineuse	💧	OK	NON	OK	OK	NON	OK
	💧💧💧	NON	OK	OK	NON	NON	OK
Bourgeonnante	💧	OK	NON	NON	NON	OK	NON
	💧	OK	OK	NON	NON	NON	NON
	💧💧💧	NON	OK	NON	NON	NON	NON
Epidermisation		OK	OK	NON	NON	OK	NON

Pour toute question n'hésitez pas à contacter votre interlocuteur Inresa.

Bibliographie

Mode d'action

1. Cutting K.F., Butcher M. (May 2011), DACC antimicrobial technology – A new paradigm in bioburden management, *Journal of wound care suppl.*

2. Gentili V. et coll. (2012), Panbacterial real-time PCR to evaluate bacterial burden in chronic wounds treated with Sorbact, European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 31:1523 - 1529.

4. Ljungh A., T. Wadström (2005), A new antibacterial wound dressing without chemically active agent for the care of infected wounds, *Medizin & Praxis Infected wounds*

5. Ljungh A., T. Wadström (April 2006), Using the principle of hydrophobic interaction to bind and remove wound bacteria, *Journal of wound care,* Vol 15, N°4

Plaies chroniques

5. Bullough L. et coll. (2012), The use of DACC-coated dressings for the treatment of infected, complex abdominal wounds, *Wounds UK*, Vol 8, N°4

6. Hampton S. (2007), An evaluation of the efficacy of Sorbact in different types of non-healing wounds, *Wounds UK*, Vol 3, N°4

7. Hampton S., Skinner R. (2010), The diabetic foot : managing infection using Sorbact dressings, *British Journal of Nursing*, Vol 19, N°11

8. Kammerlander G. et coll. (2006), Non- medicated wound dressing as an antimicrobial alternative in wound management, *BSN*

9. Mussi C., Salvioli G. (2004), Clinical evaluation of Sorbact in the treatment of infected pressure sores, *Acta Vulnologica*, Vol 2, N°1-2

10. Powell G. (August 2009), Evaluating Sorbact using a case study approach, *British Journal of Nursing*

11. Von Hallern B. et coll. (2004), Removal of wound bacteria from infected and colonized wounds with Sorbact, *Medizin & Praxis spezial*

Plaies aiguës

12. Corsi A. et coll. (2012), Is prevention of traumatic ulcers possible ? An observational study with use of DACC, *EWMA*

13. Meberg A. (1990), Hydrophobic material in routine umbilical cord care and prevention of infections in newborn infants, *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 22(6):729-33

14. Von Hallern B. (2004), Non-pharmacologic antibacterial therapy in traumatology and surgery, *Praxis aktuell postoperative wound dehiscence*

Mycoses

15. Claesson M. et coll. (2007), A promising alternative in the treatment of dermal fungal infections, *BSN*

16. Johansson A. et coll. (2009), Open study on topical treatment of interdigital fungal infections in diabetic patients, *Journal of wound care*, Vol 18, N°11, 470-473

17. Utzon Schott C. (2014), Successful management of a non-healing fungal infection in the compromised patient using a bacteria fungi binding dressing, *Poster EWMA*

1 rue Jean Monnet – F-68870 Bartenheim
T. +33 (0)3 89 70 76 60 – F. +33 (0)3 89 70 78 65 - Email : info@inresa.fr – Site Internet : www.inresa.fr